LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Des applications de la phonendoscopie à la pathologie chirurgicale, par le Dr A. Bianchi, p. 785. — **Bibliographie** : La prostitution dans l'antiquité, dans ses rapports avec les maladies vénériennes, par le Dr Edmond Dupouy, p. 786. — **Académie des sciences** : *Séance du 5 décembre* 1898. — Présidence de M. Wolf. — Histologie de la peau. La matière grasse de la couche cornée de l'épiderme chez l'homme et les mammifères, p. 787. — Le foie, organe pigmentaire chez les invertébrés, p. 788. — **Académie de médecine** : *Séance publique annuelle du 13 décembre* 1898. — Présidence de M. Jaccoud. — Distribution des prix de 1898, p. 788. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 9 décembre* 1898. — Présidence de M. Sevestre. — Méningite cérébro-spinale, p. 790. — Distinction entre le méningocoque et le pneumocoque par la culture dans les sérums, p. 791. — Infection staphylococcique généralisée d'origine urèthrale, p. 791. — Un cas d'œdème segmentaire, p. 791. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée, p. 792. — Urticaire pigmentée, p. 792. — Urticaire vermineuse, p. 792. — Sur un cas de déformations cicatricielles des paupières, du nez, de la langue et de la voûte palatine, avec implantation vicieuse de dents survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle, p. 792. — Sur deux cas de dermatose en ruban d'une extrémité inférieure, p. 792. — Lésion hydride de la langue, p. 792. — Lympho-sarcome du pied droit, p. 793. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 10 décembre* 1898. — Présidence de M. Jullien, p. 794. — **Société de chirurgie** : *Séance du 14 décembre* 1898. — Présidence de M. Berger. — Diagnostic de l'actinomycose, p. 795. — Adénolipôme, p. 796. — Traitement des abcès du cervelet, p. 796. — Traumatisme des vertèbres cervicales, p. 796. — **Congrès de chirurgie** : 12e *Session tenue à Paris, du 17 au 22 octobre* 1898 (*Suite*). — Deux années de chirurgie gastro-intestinale, p. 796. — Cholécysto-gastrotomie, p. 795. — Ulcères perforants de l'estomac, p. 796. — **Variétés** : L'inspection médicale des écoles aux États-Unis, p. 799. — **Nouvelles** : p. 799.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des applications de la phonendoscopie à la pathologie chirurgicale (1)

par le Dr A. Bianchi.

Pendant cette année j'ai étudié de préférence l'emploi du phonendoscope à la pathologie chirurgicale.

Il y avait dans cette étude un double avantage, l'application méthodique de la phonendoscopie dans le vaste champ chirurgical et le contrôle des résultats de la méthode par l'opération chirurgicale, seule vivisection possible et seul moyen sérieux d'étude des résultats de la phonendoscopie, pour lui donner la vraie valeur séméiologique et en conséquence ses applications diagnostiques.

Dans la clinique du Prof. Guyon, à l'hôpital Necker, de préférence, j'ai pu avec l'aide de ses internes étudier spécialement les applications chirurgicales de la phonendoscopie aux maladies des reins en particulier et de l'abdomen en général. Je dois donc remercier le Prof. Guyon, le Dr Albarran et les internes et externes de la clinique pour l'aide qu'on donnait à mes recherches.

Déjà un chirurgien américain, le Dr Van Arsdale (1) a publié un travail sur l'emploi du phonendoscope en chirurgie. Le chirurgien américain a appliqué la méthode dans les fractures ; ainsi il a démontré avec beaucoup de facilité un cas de fracture du radius et a expliqué des cas de fracture avec mobilité des fragments et sans crépitation par l'interposition des tissus entre l'extrémité des os cassés par la démonstration phonendoscopique de la fracture. Van Arsdale a trouvé aussi utile la méthode dans le diagnostic précoce des épanchements de l'articulation du genou. Enfin il a appliqué la phonendoscopie à la recherche des tumeurs, à l'étude des luxations et l'a trouvée bien utile dans le diagnostic des anévrismes et des tumeurs abdominales.

La similitude des résultats obtenus par le confrère américain avec les miens m'ont persuadé de présenter les dessins des plus importants cas à cette Société de médecine de Paris, à laquelle je dois une éternelle reconnaissance pour l'étude sérieuse de la phonendoscopie, lors de ses premiers essais en France.

La phonendoscopie est pour l'oreille ce que la radioscopie est pour l'œil et les tracés phonendoscopiques sont aussi clairs que les tracés radiographiques pour l'œil même. Sûrement il faut la pratique nécessaire pour obtenir et interpréter les uns et les autres, mais avec une étude moins difficile et moins longue que l'apprentissage de beaucoup des autres méthodes d'examen cliniques, tout le monde peut obtenir des résultats sérieux et positifs.

Vraiment on ne peut pas s'imaginer l'immédiate connaissance d'une méthode de recherche clinique : seulement l'affirmer serait sévèrement jugé. Il faut connaître les lois fondamentales de la transmission des vibrations à travers les corps de densité différente ; il faut connaître les lois des transformations de la vibration en bruit sensible à l'oreille ; il faut connaître les lois fondamentales de la projection des ombres des corps solides sur des surfaces plus ou moins planes ou arrondies. Il faut enfin, avec les connaissances nécessaires d'anatomie, de physiologie et de clinique, obtenir de l'inspection des résultats de l'examen phonendoscopique la conclusion finale, le diagnostic sûr ou probable.

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris.

(1) *Bulletin de Médecine et de Chirurgie* de New-York, 1898.

Voilà le travail que demande la phonendoscopie, pour être bien connue et bien appliquée Dans tous les examens nous avons toujours tâché de ne rien oublier pour obtenir les renseignements plus sûrs. Il suffit de s'en rapporter à une seule épreuve pour obtenir quelquefois des conclusions complètement erronées.

Nous avons aujourd'hui la radioscopie pour nous aider dans le diagnostic chirurgical spécialement; mais ce moyen n'est pas toujours possible, et ne peut pas toujours s'appliquer dans tous les cas et dans l'examen de l'abdomen il donne des résultats incomplets et moins clairs. La phonendoscopie qui donne des résultats toujours sûrs,et aussi dans l'examen de l'abdomen, peut remplacer utilement la radioscopie, spécialement dans la pratique et dans l'hôpital.

Avant de faire un diagnostic il faut accomplir l'examen du sujet sur la surface antérieure et sur la surface postérieure, dans la position debout, si on peut, et dans la position couchée, quelquefois aussi dans la position latérale et dans la position renversée. On dessinera alors les contours des organes et les lignes de projection de leur direction dans chacun de ces examens. Il faut accomplir le même dessin pendant les inspirations et les expirations forcées, avant et après l'ingestion des aliments ou des liquides, avant et après le mouvement ou le déplacement plus ou moins varié.La rapidité et l'innocuité des examens, la facilité de comparer leurs résultats avec les tracés phonendoscopiques permettaient d'étudier avec sûreté et netteté chaque cas avant et après les recherches chirurgicales et anatomiques.

La description phonendoscopique des organes ne donnant pas de douleur au sujet, on peut accomplir l'examen très souvent ainsi sur des surfaces très sensibles, pour étudier les changements de la partie malade et pour constater les progrès et les résultats de l'intervention chirurgicale, sans produire une sensation pénible quelconque chez le sujet.

La phonendoscopie peut nous donner ainsi : la forme, le volume, la position et le rapport des organes ou des néoplasies dessinées sur la paroi, par conséquence peut nous indiquer, avec plus d'assurance que les indications anatomiques générales, le point et la profondeur où il faut opérer. En réalité nous pouvions par la phonendoscopie remplacer la notion anatomique générale par la notion anatomique individuelle, parce que dans l'individualité vivante bien difficilement peuvent se trouver réalisées nettement les notions générales.

Dans l'examen d'un organe ou d'une néoplasie nous avons donc par la phonendocopie la possibilité d'étudier : 1° la forme, 2° le volume, 3° la direction, 4° la place, 5° la densité, 6° les rapports, 7° les déplacements, 8° les déplacements produits dans les parties environnantes ou éloignées, 9° les changements.

Avec ces éléments de diagnostic on peut obtenir un résultat presque toujours positif et des indications chirurgicales bien exactes.

Il faudrait passer en revue toute la pathologie chirurgicale pour trouver les applications très variées de la phonendoscopie en chirurgie. En vous présentant les tracés de plusieurs cas très variés des néoplasies des organes abdominaux, je dois fixer votre attention sur les tracés de tumeurs variées des reins et de l'ovaire, des tumeurs du pancréas, des calculs rénaux, des néoplasies gastriques ou des lésions de la vésicule biliaire. Dans la grande quantité des tracés, j'ai choisi les plus rares et les plus démonstratifs, pour que soit jugée par vous-mêmes leur valeur diagnostique et pratique.

Sûrement une méthode qui change totalement nos habitudes de recherche clinique, qui nous montre des dessins des organes bien différents de ceux que jusqu'ici nous sommes habitués à voir, doit attendre seulement son développement de l'œuvre scientifique et consciencieuse, les sciences médicales en général de ceux qui cultivent la chirurgie en particulier Mais la marche progressive de la méthode démontre que l'examen des organes par la recherche de leurs vibrations spontanées ou provoquées, inaperçues aux moyens ordinaires d'examen, est déjà largement appliqué et trouvera sa place parmi les autres moyens d'investigation clinique sanctionnés par l'usage.

Et en terminant je dépose dans les archives de la Société de Médecine de Paris,une copie de la lettre que le président de la section de physiologie du Congrès International de Moscou m'a adressée dans le cours de cette année, comme confirmation de la relation faite par la commission de votre Société sur le même sujet.

BIBLIOGRAPHIE

La prostitution dans l'antiquité, dans ses rapports avec les maladies vénériennes, par le Dr Edmond Dupouy. Soc. d'édit. scient., 4e édition.

Quatrième édition Ce chiffre seul nous dispense d'en dire davantage. Le succès passé est un sur garant du succès futur et ce 4e tirage aura le même sort que les précédents, il sera suivi d'autant de tirages qu'il en a été précédé.

Sera-ce parce qu'on aura appris dans le volume les règles hygiéniques qui ont été mises en œuvre pour atténuer les ravages des maladies vénériennes, lorsque celles-ci ont sévi sur l'humanité? Sera-ce que l'on aura vu Solon édicter des lois répressives de la prostitution et que l'on se sera intéressé aux mesures moralisatrices prises pour entraver le débordement des passions humaines? Sera-ce que l'on aura cherché une étude de mœurs de l'antiquité, au point de vue ontologique, historique ou médical, que l'on se sera intéressé au point de vue esthétique pur, au culte de la beauté, représentée chez les Grecs par les Phrynés, les Sapho et autres hétaïres célèbres? Serait-ce que l'on a voulu étudier les rapports antiques entre les religions

et les prostitutions sacrées, que de tout temps l'organe génital mâle ou femelle, a été le Dieu vainqueur, dominateur et adoré de tous les peuples les plus dissemblables ? Hindous, Egyptiens, Hébreux, ont été tous incliner leurs têtes devant le Priape dressé sur les autels. Serait-ce que l'on a cherché dans ce livre l'explication artistique des bijoux et joyaux plus ou moins phalloïdes trouvés dans les fouilles des plus antiques cités?

Serait-ce enfin que l'on a voulu établir une comparaison hygiénique entre la fille d'aujourd'hui et la fille d'autrefois, que l'on a voulu prouver l'origine ancienne des maladies vénériennes ? Je ne sais, car je n'ai rien trouvé de tel dans la 4e édition que j'ai parcourue.

Ne serait-ce pas plutôt que le livre a fait de l'œil aux acheteurs lubriques et que l'on a compté trouver dans ces feuillets tous les secrets (vieux comme le monde et connus comme le loup blanc), qui ont fait des Romains sadiques, des Grecs libidineux, des Hébreux pornographes, des Egyptiens débauchés et des Hindous voluptueux, les peuples les plus raffinés en plaisirs suprêmes, en jouissances légendaires. Peut-être, mais alors on a dû être bien déçu quand on a eu lu le livre.

F. Verchère

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 décembre 1898. — *Présidence de* M. Wolf

Histologie de la peau. La matière grasse de la couche cornée de l'épiderme chez l'homme et les mammifères. M. L. Ranvier. — Dans mon traité technique d'Histologie, j'ai soutenu l'opinion que la couche cornée de l'épiderme (*stratum corneum*) est infiltrée de graisse. Je ne savais rien alors de bien précis sur la nature de cette graisse ni sur sa répartition histologique. Je viens aujourd'hui communiquer des faits nouveaux qui conduiront sans doute à des notions plus complètes. Dans un premier paragraphe, je m'occuperai de la nature de la matière grasse de l'épiderme ; dans un second, de la répartition de cette matière.

Pour apprécier les propriétés physiques de la matière grasse en question, sa consistance, sa plasticité et son point de fusion, par exemple, il fallait en obtenir une quantité notable, plus que microscopique, et sans mélange avec les autres produits de la sécrétion cutanée, le sebum surtout.

J'ai déjà indiqué que, chez le cochon d'Inde, la peau de la plante des pieds ne renferme ni poils, ni glandes d'aucune espèce. Chez l'homme, la paume de la main et la plante du pied, comme tout le monde le sait, sont dépourvues de poils et de glandes sébacées ; elles possèdent de nombreuses glandes sudoripares, il est vrai, mais la présence de ces glandes ne pouvait fausser les résultats des recherches que je me proposais d'entreprendre, on en jugera bientôt.

Voilà donc les deux objets d'étude trouvés. Voici maintenant la méthode à laquelle j'ai eu recours : la peau ou le membre entier qu'elle recouvre est plongée pendant trente secondes dans l'eau bouillante. L'épiderme s'en détache ensuite comme un gant. Ce procédé a un double avantage : les lambeaux d'épiderme sont débarrassés de la graisse qui pourrait se trouver accidentellement à leur surface, et ils sont assez grands ou assez nombreux. Pour me faire bien comprendre, je dirai de suite que l'épiderme de la paume des mains de l'homme fournit ainsi un seul lambeau, duquel on peut extraire à peu près 0 gr. 10 de matière grasse. On le met à macérer pendant vingt-quatre heures dans une petite quantité d'éther rectifié, on décante et on laisse évaporer.

La graisse épidermique est jaunâtre, solide à la température ordinaire. Elle a la consistance et la plasticité de la cire. Si on la presse avec l'ongle contre une surface de verre elle adhère à l'un et à l'autre, et pour les séparer, il faut une certaine force que l'on peut apprécier aisément. Elle fond à une température voisine de 35° C., comme la cire d'abeilles. Pour le constater, on pourra répéter l'expérience suivante : on applique sur un petit carré de papier à cigarette, à une faible distance l'un de l'autre, deux fragments gros comme la tête d'une épingle, l'un de cire d'abeilles, l'autre de cire épidermique. Le carré de papier est maintenu dans un petit tube de verre muni d'un thermomètre. On chauffe progressivement dans un bain d'eau. Les deux cires fondent en même temps, à 35°, en faisant chacune au papier une tache bien apparente.

Je n'ai pas poussé plus loin ces recherches, car il me suffisait de savoir que la graisse épidermique de l'homme et des mammifères est comparable à la cire des abeilles. C'est un rapprochement d'autant plus intéressant que *la cire des abeilles, comme celle des mammifères, est un produit de sécrétion de la peau.*

Je vais m'occuper maintenant de la répartition de la cire épidermique dans le *stratum corneum*. Lorsqu'on a laissé un fragment de peau pendant vingt-quatre heures dans une solution d'acide osmique à un centième, on constate que la couche cornée de l'épiderme est devenue noire. P. Langerhaus, qui fit le premier cette observation, pensa qu'il s'agissait là d'une propriété qui rapprochait l'épiderme des cellules adipeuses, de la myéline des tubes nerveux et des segments externes des cônes et des bâtonnets de la rétine que l'acide osmique colore également en noir.

Le Dr Unna, de Hambourg, remarqua que la couche cornée, au sortir du bain d'acide osmique, n'était pas uniformément noire et qu'en son milieu se trouvait une zone incolore. Je fis alors observer que l'épaisseur des deux couches noires, l'externe et l'interne, dépendait de la durée du séjour du fragment de peau dans la solution osmique. Bien plus, si la couche cornée est mince et si l'action du réactif est suffisante, le *stratum corneum* est noir dans toutes ses parties. J'ajoutai que si, avant d'immerger la peau dans l'acide osmique, on l'a traitée successivement par l'alcool absolu et l'éther, l'acide osmique ne produit plus dans le *stratum corneum* sa réaction caractéristique. J'en ai conclu que cette dernière couche était infiltrée de graisse et que c'était à la présence de cette substance qu'il faut attribuer la coloration qu'elle prend sous l'influence de l'osmium.

Les choses en étaient là, lorsque j'ai entrepris de nouvelles recherches que j'ai déjà exposées à mes auditeurs du Collège de France. Un fragment de peau emprunté à la plante du pied du cochon d'Inde a été desséché, puis on y a fait au rasoir, et perpendiculairement à la surface, des coupes microscopiques minces, mais cependant d'épaisseur variée. Certaines de ces coupes ont été enlevées obliquement de manière à figurer un ruban en forme de coin. Ces

coupes furent placées dans l'eau jusqu'à complet gonflement, c'est-à-dire pendant une minute à peu près, puis elles furent soumises, pendant une heure, à l'action de l'acide osmique. Lavées et montées en préparations dans la glycérine, on constata le lendemain : 1° que dans les coupes minces le *stratum corneum* n'était pas coloré; 2° que dans les coupes épaisses il était uniformément noir; 3° que dans les coupes d'épaisseur moyenne il était tacheté de noir, comme tigré ; 4° que dans les coupes en forme de coin il était possible d'observer successivement, en allant des régions les plus épaisses aux plus minces, une série d'états intermédiaires.

Les taches noires du *stratum corneum* dans les coupes tigrées sont toutes à peu près semblables. Leur épaisseur est de 5 à 7 μ et leur largeur de 30 à 40 μ. Leur forme est trapézoïde, losangique ou rectangulaire. Quand elles s'avoisinent, elles sont séparées par des bandes claires. Chacune de ces taches correspond à une des cellules du *stratum corneum*.

Les conclusions à tirer de cette observation sont nombreuses et importantes; mais avant de les aborder, il importe de connaître l'action de l'acide osmique sur la cire épidermique extraite par l'éther. Au microscope, cette cire, lorsqu'elle n'a été ni fondue, ni malaxée, se montre sous la forme de grains isolés ou groupés en forme de boule de grandeur variable.

Ces grains et ces boules, sous l'influence de l'acide osmique, se colorent rapidement en noir. J'ai vu sortir de certaines des boules des excroissances myéliniques. Je ne veux pas aujourd'hui m'étendre davantage sur cette observation. Qu'il nous suffise de savoir que la cire épidermique extraite par l'éther se colore en noir sous l'influence de l'acide osmique. Une simple comparaison conduit à admettre que les taches noires que ce réactif montre dans le *stratum corneum* correspondent à de petites masses de cire épidermique.

Par conséquent, les cellules de la couche cornée de l'épiderme, loin d'être des écailles desséchées, comme on l'a cru jusqu'à présent, sont des utricules déformés par pression réciproque, ayant une enveloppe résistante et un contenu cireux. Ce contenu s'échappe sans doute des utricules ouverts par le rasoir, quand on fait les coupes. On comprend que, dans les coupes très minces, tous les utricules soient ouverts et aient laissé sortir leur matière cireuse. On conçoit que ces dernières coupes ne puissent plus être colorées par l'acide osmique. Dans les coupes épaisses, le *stratum corneum* se colore parce qu'elles contiennent encore un très grand nombre d'utricules qui n'ont pas été entamés. Les coupes d'épaisseur moyenne pourront présenter, à côté d'utricules ouverts, d'autres utricules laissés intacts. Les utricules ayant une largeur maxima de 40μ, si la coupe a une épaisseur un peu supérieure à cette dimension, il s'y trouvera nécessairement des utricules clos à côté de ceux qui ont été ouverts et l'aspect tigré dont j'ai parlé plus haut se produira.

De la présence et du mode de distibution de la cire épidermique dans le *stratum corneum* il résulte que le corps entier est recouvert d'uu vernis protecteur dont la solidité et la souplesse sont incomparables. Nous sommes protégés par une couche subéreuse dont les cellules sont remplies de cire.

Le *stratum corneum*, autant que le permet sa faible épaisseur, nous défend par sa structure subéreuse contre les injures mécaniques et par sa cire contre les actions chimiques.

Comment se forme l'enveloppe des cellules de la couche cornée de l'épiderme, comment s'élabore la cire dans leur intérieur? Je m'en occuperai dans de prochaines communications.

Le foie, organe pigmentaire chez les invertebrés. — MM. A. Dastre et N. Floresco.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 13 décembre 1898.
Présidence de M. Jaccoud.

Distribution des prix de 1898.

Prix de l'Académie. — 1.000 francs (Annuel). Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental*. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jacquemart, de Paris.

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel). Le prix est partagé entre M. le Dr Fiquet, de Paris, et M. Touchard (F.), professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Prix Aubert. — 500 francs. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : une récompense de 250 francs à M. le Dr Küss, de Paris; une récompense de 250 francs à M. le Dr Tartière (Emile), médecin-major de 1re classe au 104e d'infanterie, au Mans.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24 000 fr. de rente. L'Académie accorde : un encouragement de 2 000 francs à M. le Dr Auclair (Jules), de Paris; un encouragement de 500 francs à MM. les Drs Auché et Hobbs (J.), de Bordeaux.

Prix Baillarger. — 2.000 francs (Biennal). L'Académie accorde : un prix de 1.000 francs à M. le Dr Garnier (Paul), de Paris; une récompense de 500 francs à MM. les Drs Cololian (P.), de Paris, et Lalanne (R.), de Maréville (Meurthe-et-Moselle); une récompense de 500 francs à MM. les docteurs Vigouroux, médecin de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), et Colin (Henri), médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon (Eure); une mention honorable à M. le Dr Paris (Alexandre), de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Prix Barbier. — 2.000 francs (Annuel). L'Académie décerne : un prix de 1.200 francs à MM. les docteurs Cerny (S.) et Trunecek (C.), de Prague; un encouragement de 800 fr. à M. le Dr de Wéglenski, de Paris; une mention honorable à M. le Dr Dumont (Louis), de Saint-Vanry (Creuse).

Prix Charles Boullard. — 1.200 francs (Biennal). Un prix de 800 francs est décerné à M. le Dr Gilbert Ballet, de Paris; une mention honorable avec une récompense de 400 francs est accordée à M. le Dr Manheimer (Marcel), de Paris.

Prix Mathieu Bourceret. — 1.200 francs. (Annuel). Le prix est décerné à M. Frédet (Pierre), ancien interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris; une mention honorable est accordée à MM. les Drs Weber (A.), de Paris, et Deguy (M.), interne des hôpitaux de Paris.

Prix Henri Buignet. — 1.500 francs. (Annuel.) Le prix est décerné à M. le Dr Grimbert (Léon), pharmacien en chef de l'hôpital Cochin (Paris).

Prix Adrien Buisson. — 10.500 francs (Triennal). L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encou-

ragements suivants : 1.000 francs à M. le Dr Frenkel, de Heiden (Suisse) ; 1.000 francs à M. le Dr Jayle (F.), de Paris ; 500 francs à M. le Dr Petit (Raymond), de Paris.

Prix Capuron. — 1.400 francs (Annuel). L'Académie décerne le prix à M. le Dr Rondino (Antoine), de Naples.

Prix Chevillon. — 1.500 francs (Annuel). Une récompense de 1.000 francs est accordée à MM. les Drs Guinard (A.) et Livet (G.), de Paris ; une mention honorable est accordée à M. le Dr Duvrac (E.), de Bourg-Achard (Eure).

Prix Civrieux. — 1.000 francs (Annuel). Un prix de 800 fr. est décerné à M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) ; une mention honorable avec une récompense de 200 francs est accordée à MM. les Drs Marie (A.), directeur, et Vigouroux (Auguste), médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ; une mention honorable est accordée à M. le Dr Athanassio, de Bucarest.

Prix Clarens. — 400 francs (Annuel). L'Académie décerne le prix à M. le Dr Martin (A.-J.), de Paris ; une mention très honorable est accordée à MM. les Drs Fluteau (J.-P.), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, et Carlier (G.), médecin-major de 2e classe, à Oran.

Prix Daudet. — 1.000 francs (Annuel). Le prix est décerné à MM. les Drs Albert et Henri Malherbe, de Nantes.

Prix Desportes. — 1.300 francs (Annuel). L'Académie décerne un prix de 900 francs à MM. les Drs Linossier (G.) et Lannois (M.), de Lyon.

Des mentions honorables avec une somme de 200 francs sont accordées à : M. le Dr Bosquier (R.), de Lille ; M. Cagny (Paul), médecin-vétérinaire, à Senlis.

Prix Falret. — 900 francs (Biennal). L'Académie accorde un encouragement de 700 francs à M. le Dr Laurent de Perry, de Bordeaux

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1898, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1.500 francs à M. Grinier, pour sa mission dans la province d'Oran ; 1.500 francs à M. Faure, pour sa mission à Saint-Sauveur ; 1.500 francs à M. Cadol, pour sa mission à Molitg et Le Vernet.

Prix Ernest Godard. — 1.000 francs (Annuef). L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bensaude (Raoul), de Paris. Elle accorde en outre : une 1re mention à M. le Dr Ingelrans (Léon), de Lille ; une 2e mention à M. le Dr Magnin (Jules), de Paris ; une 3e mention à MM. les Drs Barraud (Ch.), Lefèvre (Ch.) et Rouillard.

Prix Herpin (de Metz). — 1.200 francs (Quadriennal). Le prix est décerné à M. le Dr Janet (Jules), de Paris. Des mentions honorables sont accordées à : M. le Dr Guiard (F.-P.), de Paris, M. le Dr Huguenard (J.-A.), médecin-major de 1re classe en retraite, à Courchaton (Haute-Saône).

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs (Annuel). L'Académie accorde : Un prix de 1.200 francs à M. le Dr d'Astros (Léon), de Marseille ; un prix de 1.200 francs à M. le Dr Catrin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Valenciennes ; une mention très honorable avec un encouragement de 600 francs à M. le Dr Gerest (J.-M.), de Lyon ; une mention honorable à M. le Dr Combe (Adolphe), de Lausanne.

Prix Huguier. — 3.000 francs (Triennal). Le prix est décerné à MM. les Drs Labadie-Lagrave (F.) et Legueu (Félix), de Paris.

Prix Laborie. — 5.000 francs (Annuel). L'Académie décerne : Un prix de 2.400 francs à M. le Dr Kirmisson (E.), de Paris ; un prix de 2.400 francs à MM. les Drs Poncet (Antonin), et Bérard (Léon), de Lyon ; un encouragement de 200 francs à M. Mouchet (Albert), interne des hôpitaux de Paris.

Prix Laënnec. — 500 francs. Le prix est décerné à M. le Dr Claisse (Paul), de Paris.

Prix du baron Larrey. — 500 francs (Annuel). L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Burot (F.), médecin principal, et Legrand (M.-A.), médecin de 1re classe de la marine, a Rochefort. Une mention honorable est accordée à M. le Dr Pécheux, médecin aide-major de 1re classe au 144e régiment d'infanterie, à Bordeaux.

Prix Laval. — 1000 francs (Annuel). Le prix est décerné à M. Laufer (Joseph), étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis. — 4000 francs (Triennal). Le prix est décerné à M. le Dr Héricourt (J.), chef-adjoint du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris.

Prix Mège. — 900 (francs Triennal). L'Académie partage le prix entre M. le Dr Garel. (J.), de Lyon et M. le Dr Guder (Ernest), de Genève.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs (Annuel.) L'Académie accorde : Un prix de 1000 francs à M. le Dr Mignon, médecin-major de 1re classe au 22e régiment d'artillerie, à Versailles. Des récompenses de 500 francs à : M. le Dr Bonnier (Pierre), de Paris ; M. le Dr Collinet (Paul), de Paris. Des récompenses de 200 francs à : M. le Dr Gélineau, de Paris ; M. le Dr Lœvenberg, de Paris ; M. le Dr Malherbe (Aristide), de Paris.

Prix Adolphe Monbinne. — 3000 francs. Un prix de 1500 francs est décerné à M. le Dr Legrain (Emile), de Bougie (Algérie). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Loir (Adrien), directeur de l'Institut Pasteur, de Tunis ; M. le Dr Marchoux (E.), médecin des colonies, chargé de mission au Sénégal. L'Académie a accordé, en outre, une somme de 1500 francs à titre d'encouragement à M. le Dr Huguet, médecin-major de 2e classe ; médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa, chargé d'une mission par le Ministère de l'Instruction publique, afin de lui permettre de poursuivre ses recherches sur la médecine, l'hygiène, etc. au M'Zab.

Prix Nivet. — 3000 francs. Le prix est décerné à M. le Dr Arnould (E.), médecin-major de 2e classe au 45e régiment d'infanterie, à Lille. L'Académie accorde en outre : Une 1re mention honorable à M. le Dr Mangenot, de Paris. Une 2e mention honorable à M. le Dr Arnaud (O.), médecin-major de 2e classe, adjoint à la direction du service de santé du XIIe corps d'armée, à Limoges.

Prix Orfila. — 2000 francs. (Biennal.) Un seul mémoire a été adressé à l'Académie qui décerne le prix à ses auteurs, MM. les Drs Guinard, de Lyon, et Dumarest (F.), d'Hauteville (Ain).

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) L'Académie décerne le prix à M. Pasteau (Octave), interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) L'Académie accorde : Une récompense de 400 francs à M. le Dr Claude (H.), de Paris. Une récompense de 200 francs à MM. les Drs Enriquez et Hallon, de Paris.

Prix Henri Roger. — 2.500 (Quinquennal). Le prix est décerné à M. le Dr Sevestre (A.), de Paris ; une mention très

honorable est accordée à M. le Dr Comby (J.), de Paris.

Prix Saintour. — 4.400 francs. (Biennal.) L'Académie décerne un prix de 1.000 francs à M. le Dr Commenge, de Paris M. le Dr Corlieu, de Paris, MM. les docteurs Gemy et Raynaud (L.), à Alger.

Elle accorde : Des encouragements de 400 francs à ; M. le Dr Prieur (Georges), vétérinaire en 1er au 27e régiment de dragons, à Versailles ; M. le Dr de Rochebrune. (A. T.) de Paris ; M. le Dr Villemin, de Paris ; un encouragement de 200 francs à : M. le Dr Meslay (René), de Paris ; des mentions très honorables à : M. le Dr Moussu (F.), professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, M. le Dr Rénon (L.), de Paris ; M. le Dr Thomas (André), de Paris.

Prix Stanski. — 1.800 francs (Biennal). L'Académie décerne le prix à MM. les Dr Simonin (J.) médecin-major de 2e classe, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Bordeaux, et Benoit (F.), médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon ; une mention très honorable est accordée à M. le Dr Mossu (G.), professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Prix Tremblay. — 7.200 francs. (Quinquennal.) L'Académie décerne : Un prix de 3.000 francs à MM. les Dr Albarran (J.) et Motz (B.), de Paris ; un prix de 1.500 francs à M. le Dr Bazy (P.) de Paris, un prix de 1.500 francs à M. le Dr Pasteau (Octave), de Paris ; elle accorde en outre : une mention honorable avec une somme de 600 francs, à M. le Dr Delore (Xavier). de Lyon ; une mention honorable avec une somme de 600 francs, à M. le Dr Guiard (F.-P.), de Paris.

Prix Vernois. — 700 francs (Annuel). Le prix est décerné à M. le Dr Héret (L.), pharmacien en chef de l'hôpital Trousseau, à Paris ; Des mentions honorables sont accordées à : M. Drujon (Fernand), chef de bureau à la préfecture de Police de Paris ; M. le Dr Berthier (A.). médecin-major de 1er classe au 110e régiment d'infanterie. à Dunkerque ; M. le Dr Bœll, de Baugé ; M. Aouscayrol (L.-A.), professeur de gymnastique du lycée de Bayonne ; MM. les Dr Burot (F.) médecin principal, et Legrand (M.-A.), médecin de 1er classe de la marine, à Rochefort-sur-Mer.

Service des eaux minérales. — 1° *Médailles d'or, à* : M. le Dr Delastre, médecin consultant de Brides et de Salins.

2° *Rappels de médailles d'or, à* : M. le Dr Caulet, médecin consultant à Saint-Sauveur ; M. le Dr Ferras, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon.

3° *Médailles d'argent, à* : M. le Dr Beauxis-Lagrave, médecin aide-major de 1re classe au 7e régiment de dragons à Fontainebleau ; M. le Dr Taberlet (J.-F.), médecin consultant à Evian.

4° *Rappels de médailles d'argent, à* : M. le Dr Chiaïs, médecin consultant à Évian ; M. le Dr Elevy, médecin consultant à Biarritz ; M. le Dr Laussedat, médecin consultant à Royat ; M. le Dr Morice (G.), médecin consultant à Néris.

5° *Médailles de bronze, à* : M. Bocquillon-Limouzin (Henri), pharmacien à Paris ; M. le Dr Fleury (Emile). professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes : M. le Dr Hérard de Bessé, médecin consultant à Pougues-les-Eaux ; M. le Dr Merle, médecin consultant à Bourbonne-les-Bains ; M. le Dr Pessez (G.), médecin consultant à Châtel-Guyon ; M. le Dr Thirion, médecin-major de 2e classe à Djelfa.

6° *Rappels de médailles de bronze, à* : M. le Dr Bernard (F.), médecin consultant à Plombières ; M. le Dr Poulain (Ernest, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne.

Service des épidémiess. — 1° *Rappels de médailles d'or, à* : M. le Dr Fiessinger, correspondant de l'Académie de médecine à Oyonnax ; M. le Dr Vincent (Jean), médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

2° *Médaille de vermeil, à* : M. le Dr Comte (Henri), médecin-major de 1re classe au 28e de ligne à Paris.

3° *Rappels de médailles de vermeil, à* : M. le Dr Balestre, à Nice ; M. le Dr Bard (L.), professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; M. le Dr Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

4° *Médailles d'argent, à* : M. le D Boquin, à Autun ; M. le Dr Delvaille, à Bayonne ; M. le Dr Famechon (Henri), médecin-major de 1re classe au 21e régiment d'artillerie, à Angoulême ; M. le Dr Marty, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort ; M. le Dr Ramally, médecin aide-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Daya ; M. le Dr Rouget (Jules), médecin-major de 2e classe, chargé du laboratoire de bactériologie à l'hôpital du Dey, à Alger ; MM. les Drs Sanglé-Ferrière, médecin-major de 2e classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, à Tunis, et Remlinger, médecin aide-major de 1re classe, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis.

5° *Rappels de médailles d'argent, à* : M. le Dr André, à Toulouse ; M. le Dr Delacour, à Rennes ; M. le Dr Faidherbe, à Roubaix ; M. le Dr Geschwind, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne. M. le Dr Jaubert, médecin-major de 2e classe au 123e régiment d'infanterie, à Saint Martin-de-Ré ; M. le Dr Le Page, à Orléans ; M. le Dr Lesueur, à Bernay ; M. le Dr Magnant, à Gondrecourt (Meuse) ; M. le Dr Mathieu, à Wassy ; M. le Dr Raynaud, médecin de l'hôpital civil d'Alger ; M. le Dr Rousseaux, à Vouziers.

6° *Médailles de bronze, à* : M. le Dr Bergasse, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de hussards, à Valence ; M. le Dr Bernard, médecin-major de 1re classe en retraite à Haybes-sur-Meuse ; M. le Dr Blusson, à Larche ; M. le Dr Bossion, médecin de colonisation à la Medjana (Constantine) ; M. le Dr Casteret, médecin aide-major de 1re classe au 126e régiment d'infanterie, à Toulouse ; M. le Dr Cros, médecin aide-major de 1re classe des hopitaux militaires de la division d'Alger ; M. le Dr Deschamps (Th.), à Montigny-le-Roi ; M. le Dr Legrain (E.), à Bougie ; M. le Dr Mével (Paul), à Douarnenez, M. le Dr Saint Martin, médecin aide-major de 1re classe au 17e bataillon de chasseurs à pied, à Rambervillers ; M. le Dr Soueix, à Saint-Girons ; M. le Dr Subercaze, à La Ferté-Alais.

7° *Rappels de médailles de bronze, à* : M. le Dr Baratier, à Jeugny ; M. le Dr Cerf-Mayer, à Brest ; M. le Dr Dessaux, à Tôtes ; M. le Dr Hoel, à Reims ; M. le Dr Matignon, médecin aide-major de 1re classe, attaché à la Légation de France, en Chine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Méningite cérébro-spinale. — MM. Chantemesse et Millet rapportent un cas de méningite cérébro-spinale avec examen bactériologique, observé pendant l'épidémie qui a

régné l'été dernier. Leur malade, entré à l'hôpital du Bastion 29, le 23 mai 1898, après quelques jours de maladie, présentait surtout une céphalalgie intense et de l'inégalité pupillaire, puis apparurent des contractures des muscles de la nuque et du rachis; de l'irrégularité du pouls; le malade meurt dans le coma le 27.

A l'autopsie pas d'autre lésion que des lésions du système nerveux, congestion intense des méninges rachidiennes, exsudat purulent de la moelle, liquide louche dans les ventricules cérébraux.

Dans le pus, ces auteurs ont trouvé un microbe qu'ils s'attachent surtout à différencier du pneumocoque de Talamon et du méningocoque intra-cellulaire de Weichselbaum.

Sur les frottis c'est un diplocoque lancéolé encapsulé, toujours extra-cellulaire, prenant le Gram.

Cultures sur gélose ressemblant tout à fait à celles du pneumocoque ; cultures identiques sur gélatine, la gélatine est liquéfiée un peu, très tardivement (six mois), phénomène attribué par les auteurs à l'influence de produits contenus dans les corps microbiens.

Le bouillon est troublé après vingt-quatre heures et s'éclaircit ensuite avec dépôt pulvérulent.

Cultures sur sérum liquide très caractéristiques; sur sérum de lapin, trouble léger; le microbe pousse en amas tout différent du pneumocoque (qui y pousse en diplocoque).

Sur sérum humain (sérum normal, sérum d'infection à pneumocoque) le microbe est agglutiné dans les deux cas, tandis que le pneumocoque n'est pas agglutiné par le sérum normal.

Microbe peu pathogène pour les animaux; n'a tué que la souris, en injections intra-pleurales seulement, avec infection locale et générale. L'inoculation intra-rachidienne au lapin à forte dose a déterminé, après quatre mois, une paralysie ascendante mortelle; il n'y avait pas de microbes dans la moelle. MM. Chantemesse et Millet supposent que cette paralysie peut être attribuée aux produits microbiens injectés avec la culture; ils se proposent d'ailleurs de revenir sur ce sujet.

En résumé, ce microbe ne peut être regardé comme un pneumocoque de Talamon, simplement atténué dans ses caractères. Ses attributs pathogènes, ses propriétés de culture sur gélatine et sur sérum de lapin s'en éloignent beaucoup.

Si, d'autre part, il se rapproche par certains côtés du diplocoque intra-cellulaire de Weiselbaum, il se distingue de lui par sa forme, son début de présence obligatoire dans les leucocytes, sa culture sur gélatine et sur bouillon, sa coloration par méthode de Gram.

Distinction entre le méningocoque et le pneumocoque par la culture dans les sérums. — MM. F. Bezançon et V. Griffon. — La culture du pneumocoque en sérum de lapin jeune permet, comme nous l'avons montré ailleurs, de diagnostiquer le pneumocoque et de le séparer des espèces microbiennes qui peuvent s'en rapprocher. Dans ce milieu il se développe sous la forme de diplocoques encapsulés, uniformément disséminés dans le champ de la préparation lorsqu'on porte sous le microscope une goutte de la culture.

Le méningocoque présentant, avec le pneumocoque, beaucoup de caractères communs, il était indiqué d'appliquer au microbe de la méningite cérébro-spinale cette méthode de diagnostic.

C'est ce que nous avons pu faire pour deux échantillons de méningocoques mis à notre disposition, l'un par notre maître M. le professeur Chantemesse, l'autre par notre collègue M. Péron, qui l'avait prélevé à l'autopsie d'un malade du service de M. Letulle.

Cultivé dans le sérum de lapin jeune, le méningocoque pousse moins abondamment que le pneumocoque, mais surtout il y est spontanément agglutiné, c'est-à-dire qu'au lieu de s'y développer sous l'aspect de diplocoques, il s'y agglutine en chaînettes et en amas.

Cette particularité se retrouve lorsqu'on cultive le méningocoque dans le sérum de sang humain. Tandis que le pneumocoque y pousse en diplocoques, le méningocoque y prend l'aspect de chaînettes plus ou moins longues, isolées et flexueuses ou enchevêtrées en véritables amas.

Le sérum de malade à infection pneumococcique, le seul qui soit doué de la propriété d'agglomérer le pneumocoque, agglutine aussi le méningocoque, mais ce microbe subissant aussi la même action de la part de tout sérum de sang humain, la réaction perd toute sa spécificité.

Le méningocoque possède encore la propriété de donner des colonies apparentes sur la gélatine, à la température de 22 degrés, ce qui n'a jamais été observé pour le pneumocoque.

Par tous ces caractères et par une vitalité beaucoup plus considérable, le microbe que nous avons étudié paraît se distinguer très nettement du pneumocoque commun.

Infection staphylococcique généralisée d'origine urétrale. — M. Rendu a reçu dans son service un homme auquel on avait pratiqué le cathétérisme quarante-huit heures auparavant. Ce malade se présentait avec des symptômes très graves et d'un aspect typhoïdique. Pendant cinq jours, la scène était dominée par une température très élevée, puis il se formait à la surface du corps de nombreux abcès sous-dermiques indolents qui furent ouverts Au bout de dix-sept jours M. Rendu observa des symptômes légers d'endocardite. Enfin le rein lui-même est envahi au bout d'un mois, et l'auteur observe à trois reprises de l'hématurie. Enfin, au bout de deux mois, il s'établit une polyurie excessive et le malade entre en convalescence.

L'auteur croit pouvoir rattacher tous ces symptômes infectieux à l'urèthre qui était le siège primitif du staphylocoque : cette bactérie a envahi peu à peu tout l'organisme. Dans les abcès sous-dermiques on découvrait au reste de nombreux staphylocoques.

Un cas d'œdème segmentaire. — MM. Chauffard et Leviste, de Dreux présentent une femme de quarante-six ans, atteinte d'œdème segmentaire, plus gélatiniforme que séreux, récidivant pour la troisième fois (au bras gauche), interrompu par une bande circulaire d'ancienne constriction et survenant sans cause locale chez une albuminurique à lésion rénale latente et un peu morphinomane. Peut-être pourrait-on songer à un myxœdème segmentaire et recourir avec prudence au traitement thyroïdien. L'œdème a débuté après la suppression d'un volumineux cautère qui avait été maintenu en activité pendant cinq ans. La pathogénie n'en reste pas moins obscure.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 décembre 1898.

Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée. — MM. F. Balzer et Monsseaux. La fréquence des récidives après l'ablation chirurgicale des chéloïdes est aujourd'hui bien connue. Nous venons d'essayer, dans un cas de ce genre, les injections intra-parenchymateuses d'huile créosotée à 20 0/0, déjà préconisées par M. P. Marie (Soc. méd. des hôp., 3 mars 1893). Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, de constitution strumeuse et dont le père est mort tuberculeux ; elle présentait au niveau du lobule de l'oreille gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant dans toute la région maxillaire voisine, de coloration rouge brun et de consistance élastique ; cette tumeur avait déjà été extirpée il y a trois ans et avait récidivé plus volumineuse qu'auparavant. Une autre plus petite était apparue à l'angle de la mâchoire. Après avoir porté le diagnostic de chéloïdes vraisemblablement tuberculeuses, nous avons pratiqué dans ces tumeurs des injections d'huile créosotée à 20 0/0 ; nous injections, chaque fois, un centimètre cube en plusieurs piqûres faites en des points différents ; mais, le tissu se laissant difficilement infiltrer par le liquide, une certaine quantité ressortait presque aussitôt ; la douleur était peu intense, mais les jours suivants il se produisait une inflammation assez vive avec gonflement, bientôt suivie de l'élimination d'une portion de tissu chéloïdien, et d'une ulcération assez profonde se réparant en quelques jours et ne laissant qu'une cicatrice presque invisible. La petite chéloïde a disparu après quatre injections, ne laissant à sa place qu'une trace rougeâtre ; neuf injections furent pratiquées dans la plus grosse dont il ne persiste plus qu'une grosseur du volume d'une petite noisette, molle, élastique, située dans le sillon rétro-auriculaire ; le lobule de l'oreille a reparu et s'est dégagé ; il est entouré d'une zone rouge brunâtre, souple, où l'infiltration de la peau tend à diminuer ; l'amélioration déjà obtenue permet d'espérer un résultat encore plus complet.

Urticaire pigmentée. — MM. Balzer et Monsseaux présentent une enfant de 7 ans, atteinte depuis dix-huit mois d'une urticaire pigmentée ; la maladie s'est développée lentement et s'est étendue peu à peu au tronc et au ventre, respectant les membres et la face.

Les éléments morbides sont de deux ordres ; les uns, simples macules, de la dimension d'une lentille et colorées d'un pigment brun ; les autres, de même coloration, atteignent le diamètre d'une pièce de deux francs ; ils sont saillants, mous au toucher et donnant au doigt une sensation de dépression en cupule. Tous sont sujets à des poussées urticariennes fréquentes, surtout à la suite d'une émotion ; ils deviennent tuméfiés, violacés et très prurigineux ; la face est le siège d'un gonflement érythémateux ; enfin, en même temps, apparaissent des éléments très nets d'urticaire commune ; le tout disparaît en un quart d'heure. Actuellement, les poussées sont moins fréquentes et moins intenses, mais il persiste encore un grand nombre de macules brunâtres.

Urticaire vermineuse. — M. L. Jacquet. Un homme de 30 ans, très vigoureux, avait depuis huit mois des séries de violentes coliques nocturnes avec dyspnée et vomissements mais sans diarrhée.

En outre, surtout *avant* et *après* les crises, mais aussi dans leur intervalle, il souffrait de fortes démangeaisons accompagnées de larges plaques d'urticaire.

Cet homme devenait pâle, faible et maigre, sans que je trouvasse la cause de tous ces troubles, quand un matin, après quelques chatouillements de gorge, il vomit *trois* lombrics. Le lendemain, je lui fis prendre de la santonine, et il évacua *six* lombrics, la plupart de grande taille.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de deux mois, nul malaise digestif, plus de démangeaisons ni d'urticaire ; sa santé est redevenue parfaite.

Des faits analogues ont été signalés, à propos de lombrics ou d'autres helminthes ; peut-être sont-ils trop peu connus.

M. Danlos présente un homme atteint de *syphilide pigmentaire du cou* et un autre avec des vergetures syphilitiques chéloïdiennes du tronc.

M. Jeanselme montre un enfant du département de Seine-et-Oise atteint de *favus généralisé*.

Sur un cas de déformations cicatricielles des paupières, du nez, de la langue et de la voûte palatine, avec implantation vicieuse de dents survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle. — M. M. Galippe et H. Hallopeau. L'histoire de la malade a été publiée il y a douze ans dans la *Deutches medicinal Zeitung* ; depuis lors, les altérations de la voûte palatine en ont amené l'atrésie ainsi que l'implantation la plus singulière des dents ; la disparition des sarcomes sous l'influence d'un érysipèle intercurrent ne peut guère s'expliquer que par une action des microbes érysipélateux sur la cause prochaine également microbienne des sarcomes ; ce fait est donc en faveur de la nature parasitaire de ces tumeurs ; nous avons vu dans la tuberculose l'érysipèle donner des résultats semblables.

Sur deux cas de dermatose en ruban d'une extrémité inférieure. — M. M. H. Hallopeau et Constensoux. Ces dermatoses, occupant toute la longueur du membre inférieur et remontant sur la fesse, semblent se localiser dans deux territoires communs à deux nerfs voisins, il s'ajoute vraisemblablement dans ces parties des actions tropho-névrotiques ; ces éruptions peuvent être interprétées dans le sens de nævi survenant tardivement : cette hypothèse est plus vraisemblable que celle d'un milieu favorable qu'un trouble dans l'innervation tropho-névrotique constituerait dans ces mêmes parties pour des infections pathogènes ; il y a lieu de rechercher par l'examen histologique si ces dermatoses doivent être rapportées soit à un lichen de Wilson, soit à un psoriasis anormal, soit à une dermatose non encore classée.

M. Morel-Lavallée rapporte deux observations de sa clientèle de ville, impliquant d'une façon absolue, au point de vue clinique, le retour à la perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double, prouvé par la réapparition de la fécondité.

On tend d'ailleurs à abandonner de plus en plus l'opinion qui condamnait les sujets en question à l'infécondité permanente.

Lésion hydride de la langue. — M. Fournier présente une femme syphilitique depuis 30 ans, entrée dans son service le 21 octobre pour une affection que les uns considéraient comme des gommes syphilitiques phagédéniques de la langue, d'autres comme un cancer. La langue était éléphantiaque, procidente, à moitié détruite. L'examen his-

tologique a montré la présence de globes épidermiques. M. Fournier croit qu'on est en présence d'une lésion hybride, quelques injections de calomel ayant amené au début une amélioration notable dans l'état de la langue.

M. Jullien. Le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium dans le cancer de la langue est désastreux; il n'en est pas de même du traitement mercuriel.

M. Fournier. L'injection de calomel est inoffensive.

Epithelioma lingual aigu phagédénique avec glossite infectieuse diffuse. — M. Gastou.

Kystes épidermiques (milium cicatriciel) et malformation congénitale (syndactilie), dans une famille à hérédité tuberculeuse. — M. Gastou.

Phagédénisme guttural et vertébral progressif et lent chez une hérédo-syphilitique avec lymphangite sclérogène viscérale descendante. — M. Gastou.

Lympho-sarcome du pied droit. — MM. Darier et Alex. Renault. — Voici un malade qui démontre l'appoint, indispensable dans quelques cas, de l'histologie à la clinique pour l'établissement d'un diagnostic ferme.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, vitrier de son état, entré le 23 août dernier à l'hôpital Ricord.

En fait de tares héréditaires et d'antécédents morbides personnels, nous ne trouvons rien à relever.

Son père est mort d'accident, sa mère se porte bien, il n'a jamais eu qu'un frère, qui jouit également d'une bonne santé.

Lui-même n'a pas présenté le moindre trouble morbide avant le mois de mars 1898. Il n'avait à se plaindre, dit-il, que d'une transpiration facile et abondante des pieds, un peu plus accentuée peut-être du côté droit que du côté gauche.

Quoi qu'il en soit, à la suite de quelques douleurs vagues dans le genou droit et de crampes dans le mollet correspondant, le malade vit apparaître au pied droit deux saillies lenticulaires : l'une, située sous l'orteil ; l'autre, sur le bord interne de l'ongle de ce même doigt.

Bientôt advient une suppuration sous l'ongle de l'orteil, qui décida le malade à se présenter à la consultation chirurgicale de l'hôpital Laënnec.

Après plusieurs pansements infructueux, le chirurgien, M. le Dr Faure, se décida à fendre l'ongle et à en enlever la moitié externe.

C'est à la suite de cette ablation que se développèrent successivement, en l'espace de deux mois, sur les autres orteils et autour du talon, une série d'autres nodules, que nous allons décrire dans un instant.

Ajoutons que l'autre moitié de l'ongle, laissée en place par le chirurgien, s'était détachée spontanément.

M. le Dr Faure, trouvant à la lésion un aspect bizarre, demanda l'avis de M. le Dr Jacquet.

Notre savant collègue émit l'idée d'un accident syphilitique et conseilla le traitement mixte : frictions et iodure de potassium, à la dose de 6 grammes par jour.

Ce traitement, suivi pendant cinq semaines, ne produisit aucun résultat.

Le malade quitta alors l'hôpital Laennec pour entrer immédiatement à Ricord, le 23 août dernier.

Voici quel était, à cette date, l'état de la lésion, état, du reste, qui ne s est pas sensiblement modifié depuis.

Il existait et vous pouvez constater encore aujourd'hui, de petites nodosités, occupant avec prédilection le gros orteil et le pourtour du talon. Les autres orteils sont atteints également, mais la lésion y est discrète.

En quoi consiste celle-ci ? Il s'agit, je le répète, de nodosités, qui font saillie à la surface des téguments et ont à peu près le volume d'un pois.

Ces nodosités offrent une coloration rouge sombre.

En général, on les trouve isolées; dans quelques points cependant, elles sont agminées. par exemple au niveau du lit de l'ongle, mal reformé, du gros orteil et aussi sous l'ongle du 2e orteil.

En ces deux points, elles prennent, en raison de leur cohérence, un aspect framboesiforme. Cet aspect existe encore sur quelques nodules isolés, mais à l'état minuscule et on ne le peut constater qu'en regardant avec attention le sommet du nodule. On dirait de petites têtes d'épingles, émergeant à la surface.

Saisies entre deux doigts, ces nodosités donnent la sensation de consistance et semblent enchâssées dans l'épaisseur du derme.

Quand on les pique avec une aiguille, ce que le malade a fait souvent, il s'écoule une gouttelette de sang, mais pas trace de sérosité.

Ni douleurs spontanées, ni anesthésie à leur surface. Il se produit en revanche une douleur réelle quand on exerce sur elle une pression un peu forte.

Les lésions, occupant les orteils et le pourtour du talon, on conçoit que la marche soit gênée et douloureuse. Le malade, cherchant à appuyer le moins possible le pied sur le sol, s'avance en boitant. Il continue d'ailleurs à se plaindre de transpirer abondamment des deux pieds.

Les signes physiques et les troubles fonctionnels, que nous venons d'énumérer, permettent-ils de poser un diagnostic ferme?

Nous l'avons essayé, sans pouvoir franchir les limites de l'hypothèse.

D'emblée cependant, la nature syphilitique de la lésion nous a paru inadmissible. Sur ce terrain, en raison de l'ancienneté de la lésion, il n'était permis de penser qu'à des gommes intra-dermiques. L'évolution de celles-ci est bien différente ; fermes au début, elles se ramollissent, se perforent et se transforment en une ulcération spéciale, dont je n'ai pas ici à retracer les caractères.

D'ailleurs, en cas de doute, l'action du traitement spécifique tranche le problème et ici son action a été littéralement nulle.

Ajoutons enfin que notre malade nie tout antécédent vénérien.

La fixité de la lésion dans sa forme primitive nous donnait le droit également d'éliminer l'hypothèse de tuberculides gommeuses.

Celles-ci au début offrent bien l'aspect de nodosités violâtres, mais elles tendent à la caséification, au ramollissement et à l'ouverture. En outre, elles évoluent sur un mauvais terrain.

Rien de semblable chez notre malade qui, non seulement est resté indemne jusqu'ici de toute manifestation tuberculeuse, mais dont l'hérédité est non moins nette sous ce rapport.

Doit-on penser à la lèpre tuberculeuse ?

Rapidement aussi ce diagnostic sera écarté, en constatant d'abord que les tubercules lépreux ont habituellement une coloration jaunâtre et non la couleur rouge sombre que nous voyons ici.

En outre, dans la lèpre, caractère pathognomonique, la sensibilité est le plus souvent complètement abolie, ou tout au moins très diminuée au niveau des productions morbides.

Dans notre cas au contraire, chaque fois qu'on exerce une pression sur les nodules, le malade accuse une douleur.

L'hypothèse de tumeurs carcinomateuses de la peau serait plus rationnelle. Au début, ces tumeurs ont à peu près le même aspect objectif; car, plus tard, elle s'agrègent en formant des masses irrégulières, qui peuvent s'ulcérer et devenir fongueuses.

Mais remarquons que le cancer de la peau est toujours secondaire, c'est-à-dire consécutif à un cancer du sein ou à un cancer viscéral.

Or rien de semblable n'existe chez notre sujet, qui n'a jamais présenté d'autres lésions que les nodules actuels et dont l'état général est resté très satisfaisant.

Me reportant à la description du sarcome pigmentaire de Kaposi ou sarcome non mélanique primitif de la peau décrit par notre savant collègue, le professeur Perrin de Marseille, dans sa thèse inaugurale, il m'apparaissait que les lésions observées répondaient à ce type morbide ou tout au moins s'en rapprochaient. On retrouve en effet le siège exclusif aux extrémités ; les nodules isolés, brun rougeâtre, infiltrés dans le derme, que l'auteur considère comme un des modes de début du sarcome primitif de la peau.

Mais en présence d'une production rare et d'un diagnostic délicat, je tins à avoir l'avis d'un dermatologiste dont la haute compétence ne saurait être discutée et j'adressai le malade à M. Brocq.

Après l'avoir examiné longuement, mon très distingué collègue ne se rallia point à mon hypothèse et tout en s'abstenant d'un diagnostic ferme, il émit plutôt l'idée de mycose cutanée ou encore d'éruption médicamenteuse et conseilla une biopsie.

Je m'empressai d'autant plus de suivre cet avis qu'un examen histologique me semblait le seul moyen de trouver le critérium cherché.

Un nodule de la grosseur d'un petit pois fut donc enlevé dans le voisinage du talon.

Après durcissement dans l'alcool ordinaire et l'alcool absolu, passage dans le xylol, puis dans un mélange de xylol et paraffine, je montai la pièce dans la paraffine pour y pratiquer des coupes.

Ces coupes ont été colorées : les unes, par le bleu de méthylène, les autres, par le rouge de Ziehl.

En les examinant avec l'objectif 7 et l'oculaire 1 d'un microscope de Leitz, je fus frappé par l'abondance de la prolifération embryonnaire développée surtout au sein des éléments du derme.

J'ajoute que cette prolifération s'étendait aux vaisseaux dont les parois étaient notablement épaissies.

Cette constatation milite en faveur de l'hypothèse de sarcome.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 décembre 1898. — Présidence de M. Jullien

La séance est ouverte à 4 h. 20. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Roulland (de Niort), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant national; 2° lettre de M. le Dr Coudray remerciant la société de l'avoir nommé membre titulaire; 3° lettre de M. le Dr Hadjès (du Caire), posant sa candidature comme membre correspondant étranger, et envoyant un travail à l'appui. Parrains : MM. Sibut et Jullien. La candidature de M. Hadjès sera examinée par une commission composée de MM. Buret, Albert Weil et Sibut, rapporteur; 4° lettre de M. de Beauvais s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et acclamant la candidature de M. Gillebert-Dhercourt à la vice-présidence; 5° lettre de l'Académie impériale militaire de médecine à Saint-Pétersbourg conviant la Société à prendre part aux solennités du centenaire de sa fondation qui sera célébré le 30 décembre 1898.

Le secrétaire général est chargé de remercier l'Académie militaire russe. M. Chervin, qui est actuellement en Russie, représentera la Société, s'il peut prolonger son séjour jusqu'à la date fixée.

M. Pellier. A l'occasion d'une réunion en un banquet des membres du patronage du troisième arrondissement, dont M. Perrin est président, des invitations sont adressées à la Société pour qu'elle soit représentée à cette soirée où sera fêté en même temps le 80e anniversaire de celui qui fut longtemps trésorier de notre Société, puis président, et qui est encore actuellement membre honoraire.

J'espère que l'adhésion du président et de quelques membres à cette petite fête philanthropique sera un témoignage de reconnaissance pour les services rendus à la Société par notre ancien collègue.

En résignant aujourd'hui les fonctions d'archiviste que j'occupe depuis une dizaine d'années, je ne puis que m'associer au vœu formulé dans la dernière séance par M. Rougon de disposer la bibliothèque pour que le travail soit rendu plus facile à mon successeur et plus profitable pour tous.

M. le Président remercie M. Pellier, archiviste sortant, au nom de la Société. Il a eu l'occasion de voir M. Viennois, membre correspondant national, qui, atteint d'une phlébite, a dû garder le lit pendant plus de vingt mois. La Société fait des vœux pour que M. Viennois se rétablisse bientôt. M. le Président adresse, au nom de la Société, ses compliments de condoléance à M. le Dr Mouzon, secrétaire annuel, qui vient d'avoir la douleur de perdre sa mère. Il annonce en outre que M. Baraduc, membre correspondant national, MM. Bianchi et Stassano, membres correspondants étrangers, assistent à la séance.

M. Guépin offre à la Société l'exposé imprimé de ses principaux travaux scientifiques.

M. Ladreit de Lacharrière lit son rapport sur la candidature de M. le Dr de Ranse au titre de membre honoraire.

Messieurs,

M. le Dr de Ranse demande à échanger son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire de notre Société.

Ces sortes de demandes sont toujours accueillies avec quelques regrets, car elles nous inspirent la crainte que les collègues que nous aimons à rencontrer à nos séances, dont nous apprécions l'esprit et le commerce aimables, ne viennent plus rarement.

Notre égoïsme ne doit cependant pas nous faire oublier

que l'honorariat est la récompense des longs services rendus à notre compagnie, et personne ne l'a mieux mérité que notre collègue de Ranse,

Permettez-moi de vous rappeler les textes de nos statuts :

1° Le nombre des membres honoraires est fixé à 15. Nous n'en comptons que 10 en ce moment.

2° Pourront devenir membres honoraires les membres titulaires qui, après quinze années d'exercice, en feront la demande par écrit.

M. de Ranse satisfait à toutes ces exigences, puisqu'il a été admis dans notre Société en 1867.

Sans la précision de notre Annuaire nous ne nous douterions pas qu'il nous a donné trente années de sa vie scientifique. Il possède la fontaine de Jouvence dont les hydrologues ont seuls le secret.

En 1887 vous l'avez appelé à la vice-présidence, et en 1888 à la présidence de notre Société.

Depuis son admission, de Ranse n'a cessé de nous communiquer des mémoires intéressants ou des observations marquées au coin d'un esprit judicieux. Tous ces travaux, qui sont écrits dans un style d'une rare élégance, font le plus grand honneur à nos bulletins.

Il serait superflu de vous les rappeler, et je tiens seulement à être l'interprète de vos désirs en exprimant à notre collègue l'espoir que nous continuerons à le retrouver assidu à nos réunions toujours si intéressantes, et si affectueusement confraternelles.

Je vous propose, Messieurs, de conférer à M. de Ranse le titre de membre honoraire de notre Société.

M. Bianchi lit son travail intitulé : **Des applications de la phonendoscopie à la pathologie chirurgicale** (Voir ci-dessus, p. 785).

M. le président remercie M. Bianchi de son intéressante communication et rappelle que c'est la Société qui a eu la primeur des découvertes de M. Bianchi. Sur une observation de M. Tissier, il explique que M. Bianchi a basé son appareil sur le son, tandis que celui de Désormeaux était basé sur la lumière. Une dame était soignée depuis 30 ans pour un déplacement du rein lorsque M. Bianchi démontra qu'il s'agissait d'une tumeur cœcale. Une autre dame, opérée d'un kyste de l'ovaire gauche, présentait une tumeur à droite de l'abdomen, peu perceptible: M. Bianchi démontra qu'il s'agissait d'un gros gâteau épiploïque ayant son pédicule derrière le pylore. Tous les jours, la phonendoscopie rend des services.

M. le secrétaire général informe la Société qu'il a reçu les épreuves de la nouvelle liste des membres de la société pour 1899 : il attendra jusqu'au 22 *décembre*, dernière limite, pour donner le « bon à tirer ». En conséquence, les membres de la Société qui auraient un changement d'adresse à signaler sont priés de le faire avant cette date, de façon à ce que la liste en question puisse être imprimée et envoyée avant le 1er janvier.

M. le président consulte la Société relativement au banquet annuel : la date en est fixée au samedi 14 janvier 1899. MM. Dubuc et Buret sont nommés membres du comité d'organisation.

Elections. — Il est procédé au dépouillement du scrutin sur la candidature de M. Nicolich (de Trieste), au titre de membre correspondant étranger. M. Nicolich, ayant obtenu 23 voix sur 23 votants, est nommé, à l'unanimité, membre correspondant étranger de la Société de médecine de Paris.

Renouvellement du bureau.

Ont obtenu :

Election du président. — Nombre de votants : 22.
MM. Jullien . . . . . 21 voix.
Gillebert-Dhercourt . . . 1 —

Election du vice-président. — Nombre de votants : 23.
MM. Gillebert-Dhercourt. . . . . 21 voix.
Guépin . . . . . 1 —
Bulletin blanc . . . . . 1 —

Election de deux secrétaires annuels.
Nombre de votants : 21.
MM. Dhomont. . . . . 19 voix.
Albert-Weil . . . . . 18 —
Sibut. . . . . 1 —
Martha. . . . . 1 —
Bulletin blanc . . . . . 1 —

Election de l'archiviste. — Nombre de votants : 22.
MM. Millée . . . . . 21 voix.
Brossard . . . . . 1 —

Election du trésorier. — Nombre de votants : 21.
M. Tissier . . . . . 21 voix.

Election de deux membres du conseil d'administration.
Nombre de votants : 23.
MM. Dubuc . . . . . 23 voix.
Abadie. . . . . 23 —

Election de quatre membres du comité de publication.
Nombre de votants : 19.
MM. Polaillon . . . . . 19 voix.
Besnier . . . . . 19 —
Christian . . . . . 18 —
Pellier . . . . . 18 —

En conséquence, le bureau pour l'année 1899 est ainsi constitué :

Président.	MM. Jullien.
Vice-président	Gillebert-Dhercourt
Secrétaire général	Buret.
Secrétaires annuels	Dhomont et Albert-Weil.
Archiviste	Millée.
Trésorier.	Tissier.
Conseil d'administration	Dubuc et Abadie.
Comité de publication.	Polaillon, Besnier, Christian, Pellier.

La séance est levée à 5 h. 30

Le secrétaire annuel,
Sibut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1898. — *Présidence de* M. Berger.

Diagnostic de l'actinomycose. — M. Poncet. Dans une discussion récente, M. Berger regrettait la tendance à faire le diagnostic d'actinomycose, alors même que l'on n'a pas fait l'examen histologique.

Je veux m'élever contre cette assertion, quoique dans tous nos faits, le microscope nous ait éclairé.

A l'heure actuelle il faut savoir reconnaître l'actinomycose par ses symptômes et de même qu'on est autorisé à diagnostiquer la tuberculose sans que la bacille ait été trouvé, on est semblablement autorisé à reconnaître l'actinomycose alors que le microscope n'a pas été consulté.

Adénolipôme. — M. Delbet. J'ai observé un malade atteint d'hypertrophie ganglionnaire qui m'avait fait diagnostiquer lymphosarcome généralisé. En l'enlevant, je trouvai que les tumeurs étaient formées d'un ganglion pas très volumineux entouré d'une masse graisseuse considérable. Faut-il ranger ces tumeurs dans le groupe des lipômes?

Beaucoup de lipômes sont dus à l'inflammation plus ou moins marquée, à un traumatisme répété. Il y a aussi des lipômes de malformations, des lipômes congénitaux. On les observe surtout au niveau de la fontanelle antérieure, du rachis et certains angiômes sont réellement lipogènes.

Le nom d'adénolipôme que l'on a donné à cette tumeur est aussi mauvais que possible, car il rappelle l'adénome, qui n'existe nullement et je préférerais lipôme périganglionnaire.

Traitement des abcès du cervelet.— M. Broca défend la voie mastoïdienne pour atteindre les abcès du cervelet.

Traumatisme des vertèbres cervicales. — Présentations du malade, par M. Billaud.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

12e *Session, tenue à Paris, du* 17 *au* 22 *octobre* 1898.

(*Suite* (1).

Hystérectomie et néphrectomie. — M. P. Delagenière (de Tours). Au cours d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, on fut amené à enlever dans la même séance le rein gauche atteint de dégénérescence sarcomateuse et fusionné d'une part à l'extrémité supérieure gauche de la tumeur utérine, de l'autre, à la rate.

La malade guérit de son opération, mais succomba 8 mois après à la récidive et à la généralisation rapide du sarcome rénal.

Deux années de chirurgie gastro-intestinale. — M. Roux (de Lausanne). On peut actuellement constater un notable progrès quant à l'état dans lequel les sujets atteints de maladie de l'estomac arrivent au chirurgien, soit spontanément, soit par l'intermédiaire des médecins traitants.

Pendant les deux dernières années, au lieu de 36 p. 100 de malades auxquels aucune opération ne pouvait plus être utile, nous n'avons eu que deux malades chez lesquels nous ayons dû nous borner à une laparotomie exploratrice, et un ou deux au plus où celle-ci même était contre-indiquée.

En outre, pour les cas de carcinome du pylore, nous avons pu faire 11 pylorectomies, contre 15 gastro-entérostomies, ce qui correspond à une proportion de 41 et de 55 p. 100, au lieu de 32 p. 100, pour chacune de ces opérations, les cas de simple laparotomie exploratrice tombant à 4 p. 100.

Enfin, nous avons opéré dans ce même laps de temps presque autant de cancéreux du pylore que durant les neuf premières années de notre service hospitalier.

Quant au procédé employé, nous comptons 6 pylorectomies ordinaires avec 1 mort ; 2 d'après le procédé de Kocher sans décès ; 4 par des procédés combinés avec 2 morts.

Pour la gastro-entérostomie, nous restons fidèle au procédé en Y (gastro-entérostomie transméso-colique postérieure), sauf dans quelques cas où il a fallu aller plus vite et se borner soit à la gastro-entérostomie postérieure simple ou à la gastro-entérostomie.

Nous avons 31 cas de gastro-entérostomie en Y avec 3 morts post-opératoires ; une quatrième malade, morphinomane et atteinte déjà à plusieurs reprises d'ictus apoplectiques, eut le lendemain de l'intervention une hémiplégie totale avec aphasie ; elle présenta au cours de la troisième semaine des phénomènes d'occlusion : une incision exploratrice permit de reconnaître une incision du jéjunum en canon de fusil, sans aucune trace de réaction péritonéale qu'un accolement des deux parties de l'anse coudée ; la malade mourut au bout de trois semaines.

Aujourd'hui nous pouvons dire que la gastro-entérostomie postérieure en Y avec 3 plans de suture n'est plus en elle-même une opération dangereuse, malgré sa durée et malgré l'écoulement possible d'un peu du contenu gastro-intestinal, car sur 24 interventions de ce genre pour affection non suspecte du pylore, nous n'avons pas eu de morts. La durée moyenne de l'opération a été de trois quarts d'heure, tout compris. Ces résultats, obtenus chez des malades atteints de sténose pylorique cicatricielle, montrent bien que ce n'est pas l'opération en elle-même qui est la cause des insuccès, mais l'état d'épuisement dans lequel on opère encore certains malades cancéreux.

Cholécystogastrostomie. — M. Masse (de Bordeaux). La cholécystogastrostomie réussit très bien sur les animaux, et le laboratoire de médecine opératoire de Bordeaux possède un assez grand nombre de chiens, qui gardent depuis plus d'un an cet abouchement anormal de la vésicule biliaire dans l'estomac. Les fonctions digestives restent normales, malgré la présence de la bile dans l'estomac.

La plupart de ces animaux avaient subi en même temps la ligature du canal cholédoque dans sa partie moyenne. M. le Dr Cannac, ancien aide d'anatomie, ancien élève de mon laboratoire, a pratiqué cette double opération sur un assez grand nombre d'animaux, en octobre 1897 ; il a soutenu, à Bordeaux, une excellente thèse sur la cholécystogastrostomie.

Un certain nombre d'animaux, opérés en octobre, ont été soumis à l'autopsie en juin et juillet.

L'occlusion du cholédoque a été trouvée complète et la fistule entre la vésicule biliaire et l'estomac bien perméable.

Le résultat obtenu chez les chiens rend cette opération parfaitement acceptable dans la chirurgie humaine, dans les cas d'obstruction absolue du canal cholédoque. Il y a eu quelques opérations suivies de succès.

La tolérance de l'estomac pour la bile paraît démontrer l'inutilité de toutes les opérations pratiquées avec la gastro-entérostomie, pour empêcher le reflux possible de la bile dans l'estomac après cette opération.

Le grand nombre de succès de la gastro-entérostomie simple démontre que cette opération peut très bien réussir sans opérations complémentaires. La bile ne reflue qu'assez rarement vers l'estomac après la jéjuno-gastrostomie, et si elle y refluait par hasard, il n'y aurait pas un aussi grand mal qu'on a bien voulu le dire.

Ulcères perforants de l'estomac. — M. Guinard (de Paris). Le diagnostic de la perforation des ulcères de l'estomac est souvent très difficile, et sur six cas qu'il a

(1) V. *France Médicale*, n° 49.

observés, ce diagnostic n'a été porté que dans les trois derniers.

Sa première observation a trait à une femme de trente-cinq ans, enceinte de trois mois, qui fut prise très brusquement d'une douleur au creux épigastrique, d'une douleur en coup de poignard Une fausse-couche se produisit le lendemain, et devant la constatation de phénomènes péritonitiques suraigus, il fut appelé à intervenir. L'incision de la paroi abdominale donna issue à du pus et il alla explorer l'appendice. M. Guinard ne trouva rien de ce côté, et la malade succomba pendant l'intervention. L'exploration continuée montra que l'estomac était perforé et avait donné lieu aux accidents péritonéaux.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans, qui n'avait jamais été malade antérieurement, mais qui avait été surmenée et soumise à de grandes fatigues. Elle fut prise brusquement d'une douleur abdominale violente, suivie bientôt d'un météorisme considérable. Comme dans l'observation précédente, on ne fit pas de diagnostic d'ulcère perforant de l'estomac. On pratiqua la laparotomie : dès l'ouverture du péritoine, le ventre s'affaissa, le météorisme étant simplement dû à une pneumatose du péritoine. Il n'y avait pas de trace de péritonite, et sans chercher la cause des accidents le ventre fut refermé, après avoir établi un drainage. Le lendemain, la malade semblait améliorée, mais le surlendemain, les liquides ingérés par la malade s'écoulèrent en partie dans le pansement, et la mort ne tarda pas à survenir. A l'autopsie, on trouva un ulcère perforé de l'estomac

La troisième malade était une femme de vingt-trois ans : le début des accidents avait consisté, là encore, dans une violente douleur en coup de poignard dans la région épigastrique ; puis pendant huit jours on s'était borné à appliquer des vésicatoires sur la région douloureuse. M. Guinard vit la malade au huitième jour et pratiqua la laparotomie : après l'incision péritonéale, qui donna issue à des gaz et à un liquide infect et fécaloïde, il trouva l'intestin protégé par des pseudo-membranes. Il put constater l'existence d'un ulcère gastrique perforant, mais l'état de la patiente était si grave qu'il dut se contenter d'établir un drainage. Le lendemain, la malade eut une selle goudron (melæna). Malgré tout, il y eut une amélioration pendant neuf jours, quand il se fit une nouvelle perforation au niveau d'un deuxième ulcère, qui nécessita une deuxième intervention, suivie de mort le lendemain.

M, Guinard n'a pas eu que des morts dans ces interventions, et il a pu, notamment, présenter à la Société de chirurgie, parfaitement guérie, une femme chez laquelle il avait suturé un ulcère perorant de l'estomac.

Il a relaté plusieurs erreurs de diagnostic, mais il lui semble que certains symptômes peuvent pourtant permettre d'éviter ces erreurs. Les trois signes principaux sont fournis par la douleur brusque en coup de poignard, le tympanisme spécial avec sonorité préhépatique, et les antécédents du sujet, qui a toujours un passé gastrique.

VARIÉTÉS

L'Inspection médicale des écoles aux Etats-Unis.

par le Dr Mangenot.

C'est au Dr Durgin, président du bureau sanitaire de Boston, qu'est due la première proposition en faveur de la visite quotidienne des écoles primaires aux Etats-Unis. Ayant constaté que les écoles étaient souvent des foyers de propagation des maladies contagieuses, il proposa au Bureau sanitaire de nommer et d'appointer 50 médecins chargés de visiter les écoles tous les jours. Cette proposition fut acceptée et transmise au Bureau scolaire par lettres du 22 juin et du 10 novembre 1891. Prise en considération, elle provoqua deux objections. Le Bureau scolaire avait-il le droit de l'accepter et, en cas d'affirmative, serait-il responsable des effets de son application ? La question fut soumise à l'autorité municipale qui, par lettre du 23 novembre suivant, autorisait le Bureau scolaire à accepter la proposition du Bureau sanitaire et le déchargeait de la responsabilité encourue par son application. Toutes les difficultés semblaient donc aplanies et cependant les choses en restèrent là jusqu'en 1894, époque à laquelle une grave épidémie de diphtérie jeta la consternation dans la population et fit sortir des cartons, où il sommeillaient depuis trois ans, le projet d'inspection médicale quotidienne des écoles.

Cette institution fonctionne, au grand bénéfice de la santé publique, depuis le 1er novembre 1894 sur les bases suivantes. La ville est divisée en 50 circonscriptions comprenant 3 ou 4 écoles avec une population d'environ 1.400 enfants. Pour chaque circonscription il y a un médecin recevant une indemnité annuelle de 1.500 francs.

A l'arrivée des élèves à l'école, ils sont inspectés par leurs maîtres respectifs qui s'informent de leur état de santé et consignent leurs observations sur une note remise au directeur, puis au médecin inspecteur. Celui-ci examine les enfants qui lui sont présentés et inscrit son diagnostic et ses prescriptions sur un registre spécial conservé à l'école.

Si, pour une cause quelconque, l'élève ne peut fréquenter l'école, avis en est donné aux parents. S'il est atteint d'une affection contagieuse il est immédiatement reconduit dans sa famille, signalé au Bureau sanitaire et ne peut rentrer à l'école qu'avec l'autorisation du médecin inspecteur.

Toutes facilités sont données au médecin pour assurer son diagnostic. En ce qui concerne plus particulièrement l'examen de la gorge, il est mis à sa disposition des abaisse-langue, sortes de spatules en sapin qui ne servent qu'une fois et sont brûlés immédiatement lorsqu'il s'agit d'une affection contagieuse. Ils coûtent 0 fr. 50 c. le cent.

L'enfant reconnu atteint d'une affection contagieuse et signalé au Bureau sanitaire est visité par le médecin inspecteur afin de s'assurer que toutes les prescriptions du Bureau sanitaire ont été strictement observées. S'il n'en est pas ainsi, il ordonne le transport du malade à l'hôpital. En aucun cas il ne doit s'occuper du traitement, ce soin incombant au médecin de la famille.

Lorsqu'il s'agit de variole, scarlatine ou diphtérie, l'isolement du patient ne cesse qu'après autorisation de l'agent du Bureau sanitaire et la réadmission à l'école ne se fait qu'avec la permission du médecin inspecteur. En ce qui concerne la diphtérie, il faut en outre un certificat du laboratoire bactériologique constatant la disparition des bacilles.

Une excellente mesure, dont j'ai demandé à plusieurs reprises l'adoption depuis la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, est l'envoi à chaque médecin inspecteur de la liste avec nom et domicile des cas d'affections

contagieuses déclarés au Bureau sanitaire dans le cours de la journée précédente. Averti ainsi des cas signalés soit chez des enfants n'allant pas à l'école, soit dans la famille de ceux qui la fréquentent, il peut immédiatement prendre les mesures nécessaires pour éviter la contamination des autres élèves.

Pour compléter ces renseignements, je crois utile de donner la traduction des instructions adressées en janvier 1896 à tous les médecins dé la ville et des cartes mises à leur disposition pour en assurer l'exécution.

Le bureau sanitaire appelle l'attention des médecins sur le règlement suivant et les différentes cartes qui l'accompagnent qui, avec d'autres moyens encore, sont destinés à empêcher l'extension des maladies contagieuses.

Le bureau sanitaire a le droit et le devoir, en vertu des lois, de s'occuper officiellement de toutes les maladies contagieuses et infectieuses qui peuvent être un danger pour la santé publique.

En conséquence, toutes les personnes atteintes de ces maladies qui ne pourront être convenablement isolés dans leur domicile, seront transportées à l'hôpital; ceux qui seront soignés à la maison par leur médecin particulier, devront prendre toutes les précautions pour atteindre le même but et donner pleine satisfaction au bureau sanitaire et obtenir son approbation par écrit. L'isolement ne cessera qu'après l'autorisation écrite du bureau sanitaire, surtout lorsqu'il s'agira de variole, de diphtérie et de scarlatine.

Le bureau sanitaire a nommé 50 médecins qui sont en même temps inspecteurs des écoles et agents du bureau sanitaire. Ils sont tenus de se rendre tous les jours dans les écoles publiques, d'examiner les enfants malades ou indisposés et de les signaler aux maîtres.

Ils prennent toute décision concernant la fréquentation des écoles non seulement pour les enfants malades, mais encore pour ceux qui font partie du même ménage ou qui habitent la même maison. Ces enfants doivent être isolés de façon qu'ils ne puissent porter atteinte ni à la santé ni à la liberté des autres familles ou être envoyés à l'hôpital.

En conséquence, ils visitent les enfants atteints de diphtérie, variole ou scarlatine qui leur sont signalés, afin de s'assurer de l'isolement et de permettre sa suppression conformément au règlement suivant adopté par le bureau sanitaire :

1° Quiconque est atteint de variole, scarlatine, diphtérie ou croup, sera immédiatement transporté dans un local isolé, désigné par le bureau sanitaire. Il ne le quittera et aucun des objets qu'il contient ne pourra en sortir qu'avec l'autorisation par écrit du bureau sanitaire.

2° Tout parent ou tuteur d'un enfant ou pupille atteint de variole, scarlatine, diphtérie ou croup, doit immédiatement le faire transporter dans un local ou chambre isolée acceptée par le bureau sanitaire et ne l'en sortir que quand le bureau sanitaire aura certifié par écrit que tout danger de contamination est supprimé.

3° Nulle personne, autre que le médecin traitant, la garde et l'agent du bureau sanitaire, ne peut pénétrer dans un logement ou autre local occupé par un malade atteint de variole, scarlatine, diphtérie ou croup, avant que le bureau sanitaire ait certifié par écrit que ce logement ou local a été satisfaitement désinfecté.

4° Toute personne ayant la charge d'un malade atteint de variole, scarlatine, diphtérie ou croup ne peut autoriser une autre personne à sortir du local isolé avant que le bureau sanitaire ait certifié qu'elle peut le quitter sans danger pour les autres.

5° Tout médecin qui a soigné une personne atteinte de variole, scarlatine, diphtérie ou croup ne peut lui permettre de quitter la chambre d'isolement sans l'autorisation par écrit du bureau sanitaire.

Le bureau sanitaire entend par isolement, la séparation complète et continue du malade de toute autre personne à l'exception du médecin traitant et de la garde-malade jusqu'à ce qu'il en ait autorisé la suppression.

Dans les cas douteux, le patient sera isolé jusqu'à ce que le médecin ait fait son diagnostic et, en cas de maladie contagieuse, qu'il en ait informé le bureau sanitaire.

Les cartes destinées à faciliter l'exécution de ces mesures sont les suivantes :

N° 1. Cette carte est remplie par le médecin traitant en application de la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Le bureau sanitaire est informé que , âgé de , habitant rue , n° , est atteint de . Les premiers symptômes de la maladie ont été observés le .

Il fréquente l'école rue , n° .

N° 2. Elle est adressée au médecin traitant par l'agent du bureau sanitaire.

Je viens de vérifier, pour le bureau sanitaire, la maison de votre malade, rue , n° . Je suis tenu de coopérer avec vous pour assurer l'isolement nécessaire du malade et sur un avis de vous ou de la famille m'informant de la terminaison de la maladie, de le revoir et de certifier que toutes les prescriptions du bureau sanitaire ont été exécutées.

N° 3. Cette carte est rédigée par le médecin du bureau sanitaire pour approuver ou non les mesures prises pour l'isolement du malade. Je ferai remarquer qu'ici encore l'indication de la fréquentation d'une école est donnée avec soin.

Je approuve le local et les dispositions prises pour l'isolement de , atteint de , rue , n° . Ecole fréquentée actuellement rue , n°

N° 4. Outre la carte rouge avec indication de la maladie prescrite par la loi, on fixe sur la porte du logement la note suivante :

Cette porte s'ouvre dans un logement désigné par le bureau sanitaire pour l'isolement d'un malade, atteint de .

N° 5. C'est un avis de guérison adressé par le médecin traitant au bureau sanitaire.

Mon malade demeurant rue , n° , est à la disposition du bureau sanitaire.

Les cultures sont négatives (en cas de diphtérie).

La desquamation est complète (en cas de scarlatine).

N° 6. Lorsque toutes les mesures prescrites ont été prises, la carte suivante est adressée au bureau sanitaire par son agent :

J'ai visité aujourd'hui N... récemment atteint de , rue n° , et j'ai autorisé, après désinfection, l'enlèvement de la carte protectrice et la suppression de l'isolement.

N° 7. Dès la réception de cette carte, le bureau sanitaire envoie la suivante :

Il est certifié par la présente que le logement situé rue , n° , dernièrement infecté par , a été désinfecté à la satisfaction du bureau sanitaire et que les personnes qui l'habitent peuvent sortir et les objets qui l'occupent être déplacés sans danger de contamination.

N° 8. La dernière carte est adressée au bureau scolaire par le bureau sanitaire :

Je certifie que deux semaines se sont écoulées dans la maison de N..., demeurant rue , n°.

depuis { la mort / la guérison du dernier cas de / le départ } { variole. / diphtérie. / scarlatine. }

Ce certificat est donné en application du paragraphe 1er de l'article 198 de la loi de 1885 ainsi conçu :

Le bureau scolaire ne peut permettre à un enfant de fréquenter une école publique lorsqu'un membre de sa famille est atteint de variole, scarlatine ou diphtérie et pendant une période de deux semaines après le décès, la guérison ou le départ du malade.

L'enfant appartenant à cette famille est tenu de présenter au maître d'école qu'il désire fréquenter, un certificat du médecin traitant ou du bureau sanitaire attestant dans les conditions énumérées ci-dessus.

Maintenant que l'organisation et le fonctionnement du service de l'inspection médicale nous sont connus, quelques chiffres nous en feront apprécier les avantages.

D'après les renseignements très précis qui me sont fournis par M. Thornton Apolenio, secrétaire du Bureau scolaire, la population des écoles publiques était en 1897 de 73.000 enfants, parmi lesquels 12.777 ont été soumis à l'examen des médecins inspecteurs par les directeurs d'écoles.

Ce chiffre se décompose en :

1° 495 *affections contagieuses*, dont : 30 diphtéries; 31 scarlatines; 100 rougeoles; 33 coqueluches; 207 oreillons; 62 varicelles; pas de variole. Le reste comprend quelques cas de grippes, d'érysipèles, 3 cas de syphilis et 4 de tuberculose;

2° 3.638 cas de *maladies des voies respiratoires*, parmi lesquelles on compte 1.011 pharyngites; 1.275 amygdalites; 617 hypertrophies des amygdales; 58 coryzas; 138 bronchites; 57 laryngites et 27 cas de végétations adénoïdes;

3° 91 *maladies des oreilles*, dont 57 otites chroniques suppurées et 14 duretés de l'ouïe;

4° 489 *affections des yeux*, parmi lesquelles : 34 blépharites; 210 conjonctivites catarrhales; 34 conjonctivites granuleuses; 16 strabismes et 138 anomalies de la vue sans indication de leur nature;

5° 2.775 *maladies de la peau* ont été observées. Les plus nombreuses sont : 61 dermatites; 211 eczémas; 37 gales; 26 urticaires; 6 favus; 59 tricophyties et 2.107 phtiriases;

6° Au nombre des *affections diverses* se trouvent : 64 anémies; 62 débilités; 229 céphalalgies; 148 adénites cervicales; 28 chorées et 10 épilepsies; 10 déformations du squeletts; 9 fractures; 39 rhumatismes; 108 affections intestinales, etc.

De plus, il a été pratiqué 222 vaccinations et délivré 524 certificats de vaccination. Enfin plus de 2.500 examens ont été négatifs.

Ces chiffres sont éloquents et justifient amplement l'application de la visite quotidienne des écoles. Ils démontrent en outre le soin que mettent les maîtres à découvrir les enfants malades ou indisposés, ou seulement suspectés de l'être. D'autre part, la grande variété des affections, maladies, infirmités ou accidents signalés prouve que, dans l'intérêt des enfants, les médecins inspecteurs ne se confinent pas dans l'unique recherche des affections contagieuses, seul service exigé d'eux par le Bureau sanitaire.

La publication des statistiques fournies par le service de l'inspection médicale des écoles de Boston incita quelques villes telles que New-York et Chicago à imiter la capitale du Massachusset.

D'après les renseignements qu'a bien voulu m'adresser le Dr Roberts, superintendant sanitaire, les 231 écoles de New-York, fréquentés par 151.630 enfants, sont visitées chaque jour, depuis octobre 1896, par 150 médecins, parmi lesquels se trouvent 12 femmes qui n'ont pas d'attributions spéciales. Leur traitement et leurs devoirs sont les mêmes qu'à Boston, mais l'organisation du service diffère en ce que, à leur tête, est placé un médecin inspecteur général aux appointements de 12.500 francs, secondé, pour son travail de bureau, par trois commis touchant chacun 1,800 francs par an. Soit une dépense totale de 255,400 francs. Ce fonctionnaire sert de trait d'union entre les médecins inspecteurs et le Bureau sanitaire avec lequel il est en communication constante.

Il reçoit leurs rapports hebdomadaires et mensuels, est informé par eux journellement de tous les cas de diphtérie, variole, varicelle, scarlatine et rougeole qui ont nécessité l'exclusion des élèves qui en sont atteints ou soupçonnés de l'être. Il a la haute surveillance des écoles au point de vue de l'hygiène et de leur protection contre la propagation des maladies contagieuses, assure l'application des mesures prescrites et adresse chaque semaines au superintendant sanitaire, un rapport sur le fonctionnement du service.

A Chicago l'organisation en vigueur depuis septembre 1896 est toute différente bien que tendant au même but. Les médecins inspecteurs, au nombre de 9 pour plus de 272 000 enfants, sont des fonctionnaires du Bureau sanitaire, chargés spécialement de la surveillances des écoles. Leur service a pour, point de départ, la déclaration des maladies contagieuses par les médecins traitants et par les instituteurs. Tous les matins, chaque médecin inspecteur reçoit du Bureau sanitaire la liste, avec indication de l'âge et du domicile, de tous les cas d'affections contagieuses déclarées la veille dans les limites de sa circonscription. Si parmi eux se trouvent des enfants, il agit différemment suivant qu'ils fréquentent ou non une école. Dans le second cas, il se contente de s'assurer qu'il est bien isolé, que toutes les éviter précautions ont été prises pour la propagation de la maladie et que toutes les mesures prescrites dans ce but sont strictement exécutées par la famille.

Dans le premier, il doit le plus visiter l'école fréquentée par le malade, signaler les causes d'insalubrité qu'elle présente et s'efforcer, par tous les moyens, d'empêcher qu'elle devienne au foyer du contamination.

Pendant l'année scolaire 1896-97, il a été fait 1.181 visites et constaté 4.023 cas d'affections contagieuses ou infectieuses; dans 63 écoles et dans 53 maisons ont été signalées des causes particulières d'insalubrité.

Les médecins inspecteurs doivent en outre veiller à ce que la vaccination obligatoire soit strictement observée

dans les écoles; 90.220 enfants n'offrant pas les garanties suffisantes ont été examinés et 47.310 vaccinations ou revaccinations ont été pratiquées à la suite de ces examens.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'Internat. — Sont admis à prendre part à l'épreuve orale les candidats ayant obtenu un total de 14 points et parmi ceux ayant obtenu un total de 13 points : MM. Pamard, Saint-Cène, Baudelot, Housquains, Aribat, Cistrier, Sudaka, Lemaitre, Morlet, Cotar et Inglessi.

Au total, 207 candidats.

Sauf avis contraire, les séances auront lieu les mardis et vendredis à quatre heures et demie, les lundis, mercredis et jeudis à huit heures et demie du soir, à l'Administration centrale.

La première séance a eu lieu le lundi 12 décembre à huit heures et demie du soir à l'Administration centrale.

Bourses de doctorat. — Par arrêté ministériel en date du 8 décembre 1898, les dispositions du paragraphe 4 de l'article 5 de l'arrêté du 15 novembre 1879, modifiées par l'arrêté du 24 décembre 1891, sont remplacés par les dispositions suivantes :

Bourses de doctorat de cinquième classe. — Sont admis à concourir les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de médecine; 2° en une composition de chirurgie.

Ecole de médecine de Nantes. — 1° Un concours s'ouvrira le 10 juillet 1899, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

École de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le 17 juillet 1899, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Corps de santé militaire. — M. le médecin principal de première classe Fournier et MM. les médecins-majors de première classe Sourris et Troy prennent leur retraite; M. le médecin major de deuxième classe Decaux et MM. les médecins aides-majors de première classe Denoy, Beauyis-Lagrave et Mac-Auliffe sont démissionnaires.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret, en date du 10 décembre 1898, M. Weiss, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Corps de santé de marine. — Par décision ministérielle, en date du 13 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. les docteurs Revault, affecté au corps de santé des colonies ; et Fourgoux, affecté à Toulon.

Hôpitaux de Paris. Services de chirurgie. — Par suite de la retraite de MM. Perier et Polaillon et de la démission de M. Théophile Anger, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux :

M Lucas-Championnière passe de Beaujon à l'Hôtel-Dieu. — M. Marchand passe de Boucicaut à Beaujon. — M. Gérard Marchant passe de Tenon à Boucicaut. — M. Ricard passe de Dubois à Tenon. — M. Valther passe de Bicêtre à Dubois. — M. Potherat est nommé à Bicêtre. — M. Bazy passe de Saint-Louis à Beaujon. — M. Picqué passe de Dubois à Saint-Louis. — M. Lejars est nommé à Dubois. — M. Tuffier passe de la Pitié à Lariboisière. — M. Chaput passe de Tenon à la Pitié. — M. Poirier passe d'Ivry à Tenon. — M. Guinard est nommé à Ivry.

Les abus de l'hospitalisation. — M. le Dr Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, vient d'adresser aux médecins, chirurgiens et accoucheurs, chefs de service des hôpitaux, la circulaire suivante, que nous approuvons pleinement.

« Monsieur le docteur,

J'ai été vivement frappé du grand nombre des demandes qui me sont adressées en vue de l'admission de malades de la province dans les hôpitaux de Paris, soit que ces demandes émanent des malades eux-mêmes, soit qu'elles me soient transmises par les membres du corps médical.

Comme vous le savez, monsieur le docteur, nos hôpitaux sont légalement à la disposition des seuls indigents parisiens et des personnes tombées accidentellement malades à Paris, et l'admission de malades de la province ne peut, par conséquent, s'effectuer qu'à leur détriment.

Aussi, les difficultés de la situation financière de l'administration d'une part, et, d'autre part, l'état d'encombrement de nos services et le grand nombre de brancards qui me sont signalés d'une façon permanente dans la plupart des salles, m'ont conduit à prendre la détermination de refuser d'une façon générale l'admission dans nos hôpitaux de malades étrangers au département de la Seine.

Il ne me serait possible de faire à cette règle que de très rares dérogations, et dans le cas où je les jugerais nécessaires, sous l'expresse réserve que les frais de séjour seraient acquittés intégralement et dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire par versements mensuels et d'avance.

Veuillez agréer, etc. »

Les finances de l'Assistance publique de Paris sont, comme on le sait, dans un état déplorable et c'est une consolation très platonique pour les nombreux médecins de la ville qui sont lésés dans leurs intérêts par les abus de l'hospitalisation. M. Napias veut supprimer l'une des causes du coulage; il y en a assurément bien d'autres et de plus ruineuses, mais nous espérons bien que le nouveau directeur continuera le nettoyage de ses écuries et nous devons le féliciter vivement de ses débuts.

Nécrologie. — Le Dr Janets (Edmond), de Vincennes, décédé le 11 décembre à l'âge de 61 ans. — M. le professeur Laboulbène, professeur d'Histoire de la médecine à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 72 ans. — Le Dr Thomas (Alfred), maire de Billom, conseiller général du Puy-de-Dôme, reçu en 1872.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*